

Síndrome de Déficit Atencional con Hiperactividad: Estilo Cognitivo y Rendimiento Escolar (un Enfoque Sistémico-Ecológico)

María Elena Gorostegui
Pontificia Universidad Católica de Chile

En este artículo se muestra un modelo de abordaje sistémico ecológico del Síndrome de Déficit Atencional con Hiperactividad (SDA), enfatizando la importancia del trabajo interdisciplinario y multimodal entre los diferentes profesionales que atienden al niño, incluyendo la familia y la escuela. En segundo lugar, se describe el impacto en el estilo cognitivo y en el rendimiento escolar de las clásicas características de inatención e impulsividad del niño SDA y finalmente se sugieren algunas modalidades de ayuda en esta línea, que pueden ser utilizadas por psicólogos, padres, profesores, psicopedagogos, etc.

This article introduces a systemic-ecological approach to the Attention Deficit with Hyperactivity Disorder (ADHD) that emphasizes the importance of interdisciplinary and multimodal work among the different professionals treating the child, including school and family. The impact of the ADHD child's inattention and impulsiveness on cognitive style and school performance is described, and some systemic-ecological assistance methods for psychologists, psychopedagogues, teachers and parents are suggested.

La hiperactividad y los problemas de atención y concentración asociados a problemas de rendimiento escolar, constituyen hasta la fecha una de las causas más frecuentes de consulta a neurólogos, psicólogos y/o psicopedagogos. No obstante, ningún tratamiento ha tenido (por sí solo) un impacto definitivo en la conducta y en el rendimiento escolar, lo que sugiere la necesidad de intensificar la investigación y las intervenciones destinadas a responder a las demandas de la escuela.

Ulloa & Pinsoff (1995) luego de una revisión de investigaciones sobre los efectos de diferentes formas de tratamiento por separado, concluyen que el trabajo con padres, las terapias conductuales, el entrenamiento de profesores en sala de clases, los medicamentos sicoestimulantes, las terapias familiares (Chamberlain & Gilbert, 1995) y manejos en la línea conductual-cognitiva, han resultado eficientes en mayor o menor medida. Sin embargo, las intervenciones combinadas y multimodales muestran resultados consistentemente superiores.

Si se considera el gran número de síntomas asociados al Síndrome de Déficit Atencional con Hiperactividad (SDA), su multicausalidad, frecuente comorbilidad, problemas emocionales, (Biederman, et al., 1995; Mc Ardlem, O'Brien, & Kolvin, 1995) y los numerosos déficit que se le asocian, parece lógico pensar en un abordaje multimodal, multidis-

ciplinario y sistémico, como la alternativa más adecuada, dado que tales intervenciones producen un efecto sinérgico que potencia el resultados que cada una de ellas tiene por separado. Por otra parte, el hecho de que la mayoría de las veces sean varios los profesionales que intervienen en forma simultánea o sucesiva, puede producir problemas de falta de comunicación entre ellos, lo que hace indispensable crear y mantener canales de comunicación y colaboración claros y permanentes entre ellos.

Las intervenciones multimodales producen un efecto sinérgico que potencia el efecto que cada una de ellas tiene por separado, lo mismo que el abordaje sistémico-ecológico en términos de incorporación de todos los sistemas involucrados. Esta modalidad de intervención, tiene además un efecto de prevención de complicaciones futuras, tales como conductas desadaptativas más graves (Ulloa & Pinsoff, 1995).

El hecho de que las demandas educativas del niño SDA puedan parecer muchas veces excesivas para el profesor o para la familia, que mantener canales de comunicación permanente entre ellos para lograr acuerdos en la forma de manejo del niño sin caer en naturales triangularizaciones sea una meta difícil de lograr, que los conflictos entre los diversos sistemas surjan a cada momento, no nos exime de la obligación de intentar un abordaje sistémico y multimodal cada vez que nos encontremos enfrentados al mismo problema.

El presente trabajo es un intento por contribuir al mejor manejo y comprensión del impacto que las dificultades del niño SDA tienen en el aprendizaje

María Elena Gorostegui, Centro de Atención y Estudios Psicológicos, Escuela de Psicología.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a María Elena Gorostegui, Centro de Atención y Estudios Psicológicos, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Santiago, Chile.

y en el rendimiento académico propiamente tal, considerando que los problemas derivados de comportamientos desadaptativos, dificultades para el acatamiento de normas, relaciones conflictivas con profesores y pares, problemas emocionales secundarios, etc. generalmente potencian y mantienen el mal rendimiento escolar.

En el supuesto de que ninguna intervención por sí sola tiene efectos definitivos o produce cambios que perduren en el tiempo, nos vamos a centrar en los estilos cognitivos asociados a la impulsividad y a la falta de atención y concentración, con algunas sugerencias metodológicas de ayuda al niño. El conocimiento de cómo se expresa el SDA en el estilo cognitivo y el manejo de algunas formas de ayuda en esa línea, puede ser de utilidad para psicólogos, profesores y padres, siempre que haya mutuo apoyo y consistencia en la forma en cada uno asume el rol de mediador y facilitador del aprendizaje.

El problema debe ser enfocado desde una perspectiva sistémica-ecológica, que integre a los profesionales que se ocupan del caso, la familia, el sistema escolar, considerando además al niño en su realidad biopsicosocial, etapa de desarrollo, intereses y motivaciones. Es clave integrar información sobre las exigencias que le impone a cada niño el medio sociocultural al que pertenece y las oportunidades y recursos que le ofrece, las expectativas familiares y las demandas del colegio (en especial en cuanto a normas y disciplina).

El problema desde la familia

La familia por sí sola es un factor clave en el éxito o fracaso de cualquier intervención. Es por ello, que las intervenciones a este nivel, ya sea en la línea de la terapia familiar o del entrenamiento de padres en manejo de niños SDA, han concitado particular interés. No siendo la causa directa, la familia es responsable muchas veces, de la mantención de los síntomas en el tiempo y de las complicaciones que puedan sobrevenir. Sin embargo, las intervenciones centradas exclusivamente en la familia, no influyen en forma significativa en el cambio de los síntomas principales del SDA ni mejoran la conducta escolar, aunque contribuyen a mejorar varias otras condiciones (Ulloa & Pinsoff, 1995). La mayor parte de la investigación muestra reducción de la desobediencia y la agresión, más que en los síntomas primarios o fundamentales del SDA: inatención, impulsividad e hiperactividad. Sin embargo, en este punto hay que considerar que el niño no tiene apoyo farmacológico la mayor parte del tiempo que está

con su familia (después del colegio y los fines de semana) por lo que cabe suponer que la contribución del entrenamiento por sí sola es importante.

La terapia familiar se entiende como una intervención que se focaliza en las interacciones familiares, dirigida a mejorar el funcionamiento global del sistema, el de los subsistemas y el funcionamiento individual de cada uno de los miembros en relación a los demás. La terapia familiar se entiende aquí como un esfuerzo psicoterapéutico que se focaliza en la interacción y la relación entre los miembros de la familia.

El foco en el niño, es ampliado por los terapeutas familiares al contexto inmediato más cercano al niño: la familia, y en ciertas situaciones, a la escuela. En los últimos 10 años, los terapeutas individuales, familiares y conductuales, han ido incrementando aproximaciones en programas comprensivos centrados o dirigidos al niño, la familia y el colegio en forma simultánea. Se evalúan los patrones de interacción al interior de la familia y también los patrones relacionales intersistémicos entre la escuela y la familia, ya sean éstos de colaboración, conflictivos o simplemente inexistentes (Chadwick & Scagliotti, 1990).

Varios estudios en esta línea se centran en revisar la efectividad del *parent management training* (PMT) como modelo de intervención. La hipótesis que subyace a este modelo es que los problemas de conducta se desarrollan y sustentan inadvertidamente por interacciones maladaptativas entre padres e hijos, por lo que el terapeuta les enseña el uso de procedimientos específicos para cambiar la interacción, promover conductas prosociales y disminuir la conducta desviada.

A pesar de que hay muchas versiones del PTM, todas ellas tienen características comunes: (a) el tratamiento es conducido por los padres, quienes lo aplican directamente en el hogar, casi sin intervención directa del terapeuta con el niño; (b) los padres aprenden a identificar, definir y observar las conductas problemáticas del niño; (c) las sesiones cubren principios de procesos y aprendizaje social, incluyendo programas de reforzamiento (refuerzo positivo, uso del tiempo-fuera, pérdida de privilegios, negociación, contratos, etc.); y (d) se trabaja con metodología que incluye discusiones de grupo, modelamiento, *role playing*, práctica en el hogar y *feedback* directo.

El objetivo de estos programas es desarrollar habilidades específicas en los padres. A medida que los padres se hacen más eficientes, el programa pue-

de abarcar problemas de conducta escolar más severos.

Estos programas abarcan perspectivas sistémicas e incluyen los desórdenes del niño y de la familia dentro de una constelación de sistemas y subsistemas interrelacionados. De ahí la necesidad de considerar la situación de la familia completa al evaluar el impacto de una variable simple (el niño SDA).

La terapia familiar, cuando es exitosa, reduce las interacciones negativas entre los padres y los hijos, disminuye la intensidad de los conflictos y la expresión de la rabia, mejora los síntomas de depresión en la madre, con un adicional mejor ajuste al colegio y bastante estabilidad en los cambios, pero no hay reportes de que por sí sola mejore los síntomas específicos del niño con SDA (inatención, impulsividad, etc.).

Finalmente, las intervenciones a nivel familiar tienen limitaciones en cuanto a que no cualquier familia se beneficia con intervenciones, ya sea en la línea de entrenamiento en desarrollo de habilidades de manejo de niños o directamente con terapias familiares. Particularmente difíciles resultan las familias que presentan factores de riesgo asociadas a los problemas del niño: problemas de pareja, psicopatologías parentales, déficit sociocognitivos, privación socioeconómica, disfunciones familiares, etc. Ellas están menos dispuestas a permanecer en la terapia, experimentan escasos cambios y se benefician menos, aún cuando completen el tratamiento. Especialmente para atender estos casos, se están diseñando programas dirigidos a manejarse con estas limitaciones a través de la intensificación y expansión de sus modelos de intervención más allá de la díada padres-hijos e incluyendo la escuela y otros agentes sociales (Chamberlain, 1995).

El apoyo farmacológico

En medicina, el Ritalin (metilfenidato) es usado habitualmente en el tratamiento del SDA con resultados que parecen demostrar que, hasta el momento, es la herramienta más eficaz para controlar los síntomas propios y centrales del cuadro (Ulloa & Pinsoff, 1995).

El Ritalin es un estimulante del sistema nervioso central, similar a las anfetaminas en la naturaleza y duración de sus efectos. Farmacológicamente actúa sobre la dopamina, se cree que activando el alerta a nivel de tronco y corteza cerebral. Cuando es usado de acuerdo a la prescripción médica, muestra efectos estimulantes que van desde leves a moderados,

no así cuando se ingiere en cantidades mayores, lo que produce fuertes efectos estimulantes.

Se estima que alrededor del 6% de los escolares norteamericanos, están siendo tratados con Ritalin, mientras las prescripciones de este medicamento, al menos en EE.UU., han tenido un aumento del 600% en los últimos 5 años, lo que podría ser coincidente con el hecho de que en los últimos años, la frecuencia del diagnóstico de este síndrome se ha incrementado en forma dramática, siendo especialmente notable el aumento de adultos diagnosticados con lo que tradicionalmente se había considerado como un trastorno del desarrollo, privativo de los niños alrededor de la etapa escolar (Bailey, 1995). También se habla de un sobrediagnóstico del cuadro, al considerar como SDA un amplio rango de problemas de conducta y de adaptación escolar que tienen como denominador común la hiperactividad y la impulsividad (Leutwyler, 1996).

En la actualidad hay bastante consenso en la comunidad científica médica, que el SDA es un trastorno diagnosticable y que puede ser tratado mediante drogas. Sin embargo, muchos disienten de esta opinión, arguyendo que el SDA no es un trastorno, sino más bien un tipo de personalidad: la persona es única y como parte de su unicidad, es posible que su capacidad para concentrarse y/o para inhibir impulsos, sea inferior a la de otras personas. Desde esta perspectiva, el SDA sería un rasgo de personalidad heredado y que no sería lícito tratar de modificarlo, como tampoco sería lícito modificar la personalidad: la totalidad de la persona es natural y significativa y es producto de una sociedad enferma el que la gente califique esta forma de funcionar del niño como un trastorno (Heimer, 1997).

La reticencia de algunos padres al uso de fármacos es un hecho corriente. Las razones para negarse a administrarlo, varían desde el reporte de efectos secundarios en el niño tales como insomnio, falta de apetito, náuseas e incluso vómitos, dolores abdominales y desórdenes digestivos, hasta justificaciones teóricas o de tipo valórico. En general, aducen que de niños ellos también tuvieron similares problemas en el colegio y que aún tienen dificultades para concentrarse, que el problema es del colegio, de las metodologías y de los profesores, que les gusta su hijo tal como es, que es un asunto de tiempo y maduración y que, en fin, no aceptan que se trate al niño como a un enfermo.

En esta misma línea hay estudios que concluyen que introduciendo variaciones en el entorno, el niño aumenta su capacidad de atención y concentración.

Se sugieren reducciones en el número de niños y de estímulos en la sala de clases, incrementos de las oportunidades de atención personalizada y de interacciones con el profesor, materiales y metodologías que hagan más atrayente el aprendizaje, etc. Se da como ejemplo la evidente disminución de la inquietud motora y la capacidad para mantener la atención por períodos más o menos largos mientras el niño está frente al televisor, al computador o juegos de video, es decir, cuando está desarrollando actividades suficientemente motivadoras y que despiertan su interés.

Cualquiera sea la postura teórica o valórica sobre el tema de administrar o no medicamentos, el apoyo farmacológico ha demostrado ser clave en el control de la impulsividad y la inatención, en especial en contextos tales como la sala de clases y situaciones relacionadas directamente con el aprendizaje.

Sobre la base de abundante evidencia empírica se puede concluir que los resultados apoyan el uso de sicoestimulantes en el manejo del SDA, aunque pareciera que los efectos inmediatos no se mantienen en el largo plazo si el tratamiento farmacológico no se acompaña de modificaciones ambientales. Sin embargo, el desconocimiento y los prejuicios de los padres respecto de los efectos del medicamento, son causa frecuente de una administración inadecuada o de abandono precoz del tratamiento (Van der Meere, Shalev, Borger, & Gross-Tsur, 1995).

El niño SDA necesita un ambiente que le proporcione el necesario apoyo emocional y consecuencias predecibles que le ayuden a estructurar sus situaciones de relación interpersonal y de aprendizaje, en ausencia de conflictos y desacuerdos entre los diferentes sistemas en los que se mueve. Los desacuerdos y la ambigüedad en torno al tema de los medicamentos, en especial entre el colegio y la familia, el negarse a darlo o por el contrario, considerar que su administración exime de otros tipos de intervenciones ambientales, conspiran contra un manejo exitoso del problema.

SDA y estilos cognitivos y de procesamiento de la información

La característica principal del SDA con hiperactividad, es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad más frecuente y severo que lo típicamente observado en niños de similar etapa de desarrollo (APA, 1994). Los análisis factoriales muestran dos dimensiones independientes: hiperactividad/impulsividad, por una parte, e

inatención, por otra. Se describen tres subtipos diagnósticos de SDA: con predominio de hiperactividad e impulsividad, con predominio de inatención, y combinado.

Además de los clásicos problemas de comportamiento y relacionales, el niño con SDA tiene dificultades para rendir de acuerdo a su capacidad que se relacionan con un estilo cognitivo diferente al del resto de sus compañeros. Por este motivo los estudios están desplazando su foco de atención desde el comportamiento y las conductas perturbadoras y disruptivas en la sala de clases, a la forma en que el niño aprende.

El estilo cognitivo y de procesamiento de la información es tan característico en ellos, que incluso se está comenzando a utilizar como criterio diferenciador para SDA y otros trastornos en que la hiperactividad, ya sea pervasiva o situacional está presente. Es el caso, por ejemplo, de los trastornos de conducta. (Ackermann, 1986; Koelega, 1995; Bohline, 1985; Van der Meere et al., 1995; Leung & Connolly, 1994, 1996). Los niños SDA presentan patrones de aprendizaje y un desempeño cognitivo claramente diferente al que presentan sus pares con trastornos conductuales, lo que abre posibilidades de un mejor diagnóstico diferencial para ambos cuadros.

La impulsividad

La impulsividad en relación al estilo cognitivo, se ha descrito como un déficit en la capacidad de inhibición de la respuesta más allá de un período de tiempo determinado. En los niños SDA, el tiempo de latencia de la respuesta es menor y cometen mayor cantidad de errores que los grupos controles en situación de evaluación, aún cuando dispongan de tiempo suficiente, observándose además una deficiente utilización del tiempo extra que se les proporciona para responder. Eligen y toman decisiones sin un examen previo de la situación, respondiendo en forma prematura si la presentación de los eventos o la entrega de información se retarda (Sonuga-Barke, Williams, Hall, & Saxton, 1996).

Se ha hipotetizado que estos niños tienen aversión a postergar la respuesta incluso en tareas sin limitaciones de tiempo, lo que adicionalmente disminuye sus oportunidades para desarrollar conciencia metacognitiva y las habilidades estratégicas necesarias para un desempeño eficiente.

Los déficit en la inhibición de impulsos, las dificultades de atención y concentración, las dificultades en la estimación del tiempo y para planificar y fijar metas, podrían atribuirse a efectos secundarios

de problemas a nivel del lóbulo frontal (Barkley, Grodzinsky, & DuPaul, 1992). Las explicaciones causales de la clásica impulsividad del estilo cognitivo, son variadas, pero sin ir más allá en las explicaciones, la impulsividad tiene su correlato y ejerce influencia en el modo cómo el niño aprende. Este estilo se caracteriza por perturbaciones en las funciones cognitivas en la fase de entrada de información, en la fase de elaboración y en la fase de codificación y comunicación de mensajes (Cartledge & Fellows, 1980).

Atención y concentración

La investigación sobre el efecto de la atención en el procesamiento de la información, el desempeño académico y el estilo cognitivo de niños SDA, ha tenido gran cantidad de problemas metodológicos que han originado resultados variados y no concluyentes en la mayoría de los casos.

Se han descrito multiplicidad de variables que influyen en el rendimiento del niño en tareas utilizadas para evaluar el impacto de la atención en la ejecución. Estas variables se relacionan con factores motivacionales, con el estado de alerta, la capacidad de seguir instrucciones, el C.I., la edad, la percepción visual, la memoria inmediata, la velocidad de procesamiento cognitivo de la información, etc. (Koelega, 1995; Corkum & Siegel, 1995), de manera que aunque la influencia de la atención en el rendimiento académico parece indiscutible, la investigación empírica sobre el tema, no es tarea fácil.

Sin embargo, hay cierto acuerdo en que los niños SDA no tendrían dificultades en el procesamiento de la información atribuibles directamente a déficit de la atención, sino a otras causas, sólo indirectamente relacionadas con problemas de atención y concentración. Por otra parte, y ese punto emerge como un hallazgo muy interesante, ellos parecen capaces de atender por períodos más o menos prolongados en situaciones de alto interés o motivación, tales como juegos de video, televisión y similares.

Estudios empíricos realizados por Van der Meere et al. (1995) concluyen que en tareas de ejecución continua, con lenta presentación de estímulos, con y sin experimentador presente, la ejecución de los niños SDA era más lenta, con un desempeño decreciente a medida que pasaba el tiempo. El descenso en cantidad y calidad del trabajo realizado era notable cuando el experimentador no estaba presente. En relación a la variable velocidad, se observó que la ejecución mejoraba a medida que aumentaba la velocidad de presentación.

Por lo tanto, el aumento o disminución de la velocidad de presentación de estímulos y la presencia o ausencia del experimentador, serían elementos cruciales en la ejecución. El impacto beneficioso de una presentación rápida, es concordante con la hipótesis de que los niños SDA, tienen un nivel de activación subóptimo, es decir, que una rápida presentación de los estímulos, produciría un efecto de activación. El control externo también mejora el nivel de activación y el rango de atención sostenida, junto con aumentar la orientación a la tarea.

Un dato importante es que si la tarea se ejecutaba con administración de psicoestimulantes, con y sin examinador presente, se borraba literalmente el decrecimiento en el desempeño debido a problemas de atención y concentración y disminuía el número de errores en la ejecución. En ninguna de las situaciones estudiadas, la complejidad de la tarea resultó ser una variable de efectos significativos en el desempeño del niño SDA.

El desempeño deficitario en situación de examen en relación a los grupos controles, se incrementó por exigencias de aumento del tiempo de la latencia de la respuesta, lo que es consistente con los hallazgos sobre la dificultad para inhibir los impulsos.

Algunos estudios afirman que los problemas de atención y concentración, síntomas centrales del SDA, serían consecuencia de la hiperactividad, dado que el niño estaría constantemente expuesto a una sobreestimulación tanto interna como externa.

Estos estudios no han tenido mayor apoyo y se ha demostrado (Leung & Connolly, 1994, 1996) que los adolescentes y adultos continúan exhibiendo esos síntomas mucho más allá de que la hiperactividad desaparece, lo que se contradice con las hipótesis de que los déficits de atención serían una consecuencia de la sobreactividad motora.

Los déficit en el procesamiento de la información podrían ser reacciones a un nivel de estimulación cognitiva que excede el límite de capacidad de procesamiento, es decir, a una especie de sobrecarga de los sistemas cognitivos, lo que se expresaría en una conducta desorganizada en situación de examen. Hay hallazgos en el sentido de que a medida que aumenta la demanda de procesamiento de información, debido a la expansión de las demandas de memoria, los SDA muestran un progresivo deterioro en la ejecución.

Ackerman (1986), describe deficiencias cognitivas específicas en relación a la memoria de tipo secuencial, lo que redundaría en dificultades en tareas que implican manejo de operatoria matemática y exi-

gencias de respeto de secuencias y procesos en la resolución de problemas. Muestran un tipo de memoria difusa y vaga, con tendencia a confundir la información entregada de modo secuencial y lineal, dificultades para seguir los pasos de un proceso y para integrar y retener detalles e integrarlos a un todo con sentido.

En la misma línea de estudios, hay resultados consistentes en el sentido de que ellos no se distraen más que los niños controles con la introducción de estímulos distractores. Sin embargo, todas estas conclusiones tienen limitada validez, debido a que la naturaleza de la tarea es una variable clave en relación a los resultados (Koelega, 1995; Leung & Connolly, 1996).

Hallazgos tales como el efecto de la cantidad de estímulos presentados por unidad de tiempo y la importancia del control externo en el desempeño, sustentan la hipótesis de que la baja activación mental, junto con otros constructos de orden superior, tales como la capacidad de seguir instrucciones, la motivación por la tarea y la resistencia al tedio, podrían explicar mejor que la atención por sí sola los déficits de procesamiento cognitivo de los niños SDA.

El estilo cognitivo

No en todos los niños la impulsividad y los problemas de atención y concentración afectan en igual forma su estilo cognitivo, pero algunas de las formas más características de su desempeño en tareas académicas, tanto en la sala de clases como en el hogar son las siguientes: (a) Una conducta exploratoria asistemática, no planificada y superficial, lo que se manifiesta en una tendencia a reaccionar con una respuesta inmediata ante los aspectos más obvios de la situación problema. Adicionalmente tienden a cambiar las primeras impresiones sobre el problema, lo que los lleva a cambios repentinos en las respuestas; (b) Fallas en la evaluación de las demandas de la situación y en la subsecuente flexibilidad y adecuación de la respuesta. Tienen dificultades para comprender la naturaleza de la tarea, debido probablemente a una deficiente aproximación analítica al problema, lo que se traduce en fallas e imprecisiones al reunir información relevante para la solución del problema; (c) Relativa lentitud para elaborar respuestas y para encontrar las palabras precisas en su repertorio verbal, junto con problemas para describir y nominar elementos (Mussbam & Bigler, citado en Silva, 1991); (d) Fallas en estructurar soluciones que impliquen

planificación y/o evaluación de consecuencias; (e) Problemas en el procesamiento cognitivo de estímulos presentados en secuencias temporales. Fallas de memoria de secuencias y procesos (Ackermann, 1986); (f) Déficits en la capacidad de internalizar reglas que guíen su desempeño en situaciones nuevas: todo se les aparece como novedad; (g) Subutilización de los resultados como feedback para evaluar su desempeño y corregirlo.

En el último tiempo los trabajos de Feurstein sobre la modificabilidad de la conducta inteligente, han abierto muchas perspectivas en relación a la modificación de los estilos cognitivos (Prieto, 1989). Sus descubrimientos sobre la importancia de la mediación en el aprendizaje, abren una interesante perspectiva metodológica para trabajo en sala de clases con niños SDA.

Sugerencias

Los resultados de estudios sobre el estilo cognitivo del niño SDA, proporcionan líneas de trabajo útiles para que tanto padres como profesores sumen sus esfuerzos para que el niño logre expresar en mejor forma su verdadero potencial.

Las siguientes sugerencias pueden servir como guía metodológica para estructurar ambientes de trabajo y ayudar en su desempeño en tareas académicas—en el hogar y en el colegio— a niños cuyas conductas impulsivas y dificultades de atención y concentración interfieren su rendimiento escolar:

(1) Orientar la atención del niño hacia el problema o la tarea que se le plantea. Ayudarle a descubrir y seleccionar la información relevante y a organizar y sistematizar esa información.

(2) Proporcionarle pautas consistente sobre lo que debe hacer, entregarle instrucciones en forma parcelada, e incluso si es necesario, numerar los pasos de la tarea.

(3) Reiterar las instrucciones y entregárselas por escrito de manera que se pueda controlar su ejecución también en el hogar. La consistencia en las instrucciones es un punto clave en la ayuda, las rutinas de trabajo deben ser claras, sin variaciones imprevisibles.

(4) Estructurar externamente su entorno y en particular, organizar sus actividades escolares proporcionándole pautas de trabajo, acompañándolo y dirigiéndolo durante su tiempo de estudio. La sola presencia del adulto (profesores, padres u otras personas) tiene efectos significativos en su desempeño.

(5) Ocasionalmente pedirle al niño que no responda hasta que se le pida expresamente que lo haga.

Si falla, mostrarle que su impulsividad puede ser causa importante de su error.

(6) No proponer actividades con límite de tiempo, que obviamente favorecen conductas impulsivas.

(7) Recordarle con frecuencia que debe pensar antes de responder, planificar su trabajo, hipotetizar soluciones y detenerse a tratar de comprobar si son correctas, comparar sus respuestas con otras alternativas posibles.

(8) Favorecer procesos de pensamiento orientados a la reflexión sobre la propia actividad mental

(9) Ambientes de trabajo artificialmente privados de estímulos distractores visuales o auditivos, han mostrado ser de escaso beneficio para ellos. Más que otros niños, requieren motivación externa, tareas significativas, situaciones de aprendizaje ágiles y novedosas que atraigan su interés y que impliquen un desafío.

Los últimos puntos, es decir, que el niño trabaje en niveles óptimos de motivación y activación y que paralelamente, logre un tipo de pensamiento reflexivo y analítico para lo cual debe inhibir su tendencia a la respuesta inmediata, aparecen como contradictorios y deben ser manejados con cuidado por el adulto.

Tradicionalmente la utilización de técnicas de manejo conductual cognitivo en autoestimulación verbal, han tenido buenos resultados en especial, en control de la impulsividad. Estas técnicas implican correctas conceptualizaciones cognitivas del entorno y desarrollo de discurso interno como guía y conductor de la conducta.

En los niños impulsivos se observa una carencia de mediadores verbales capaces de controlar la conducta no verbal y una disminución del discurso privado autorregulador —discurso inmaduro y no relevante para monitorear la tarea— en comparación a los niños no impulsivos.

En esta línea de trabajo, se sugiere que el adulto (psicólogo, padre, profesor, psicopedagogo) modele frente al niño la ejecución de determinadas tareas, mientras verbaliza cada etapa del trabajo. A continuación el niño debe realizar la misma tarea bajo la dirección del modelador (guía externo) mientras verbaliza cada uno de los pasos del trabajo. Luego debe memorizar la instrucción, para finalmente ejecutar la tarea mientras se autoguía vía discurso privado, (Cartledge, 1980).

La presencia del adulto, más toda la ayuda que se le pueda brindar en relación a estructurar externamente su trabajo, proporcionarle pautas consistentes, rutinas y control, no significa hacer el trabajo del niño. Este es otro punto que puede prestarse a

confusiones en cuanto a límites, cantidad y duración de la ayuda necesaria, etc.

Las diferencias individuales de cada niño, sus fortalezas y debilidades, las características de la familia, del colegio, los recursos de que se disponga, la forma en que el niño responde a la ayuda que se le brinda, darán la medida de la duración y de la intensidad de la ayuda que necesita.

Finalmente, los avances que se logren con cualquiera de las líneas de trabajo que se proponen, deben ser consistentemente reforzados, tanto en el colegio como en el hogar, de manera de favorecer el que se trasformen en hábitos y se transfieran y generalicen a todos los ámbitos en que actúa el niño.

El tiempo que se requiere para que se produzcan cambios más o menos notables y para que estos cambios se traduzcan en un mejor desempeño escolar es largo. Por otra parte, y como consecuencia de lo anterior, el desaliento, la descalificación y la mutua atribución de responsabilidades y el abandono de los tratamientos, conspiran permanentemente contra el éxito de cualquier intento de ayuda al niño. La persistencia en los tratamientos y el mantener canales de comunicación expeditos y relaciones de colaboración entre los distintos profesionales, el hogar y el colegio, ha resultado ser una excelente alternativa de abordaje del problema.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Author.
- Barkley, R.A. (1990). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R., Grodzinsky, G., & DuPaul, G. (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder, with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 163-188.
- Biederman, J., Santangelo, S., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., Reed, E., Kraus, I., & Perrins, J. (1995). Clinical correlates of enuresis in ADHD and non ADHD children. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 36, 865-878.
- Cartledge, G., & Fellows-Milburn, J. (1980). *Teaching social skills to children*. New York: Pergamon Press.
- Corkum, P., & Siegel, L. (1995). Debate and argument reply to Dr. Koelega: Is the continuous performance task useful in research with ADHD Children? Comments on a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 1487-1493.
- Chadwick, M., & Scagliotti, J. (1990). Aproximación del enfoque sistémico a los trastornos del aprendizaje. *Lectura y Vida*, 2, 17-25.
- Chamberlain, P., Gilbert, J. (1995). The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Family Therapy*, 21, 441-459.
- Heimer, C. (1997). *Should Ritalin be used to treat ADD?*

- Evanstone: North Western University.
- Koelega, H. (1995). Is the continuous performance task useful in research with ADHD children? Comments on a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 1477-1485.
- Leung, P., & Connolly, K. (1994). Attentional difficulties in hyperactive and conduct disordered children: A processing deficit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 1229-1245.
- Leung, P., & Connolly, K. (1996). Distractibility in hyperactive and conduct disordered children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 305-311.
- Mc Ardle, P., O'Brien, G., & Kolvin, I. (1995). Hyperactivity: Prevalence and relationship with conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 279-304.
- Pinsoff, W., & Wynne, L. (1995). The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: Introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 341-343.
- Shure, M., & Spivac, G. (1972). Means-end thinking, adjustment and social class among elementary-school aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 45-67.
- Sonuga-Barke, E., Williams, E., Hall, M., & Saxton, T. (1996). Hyperactive and delay aversion III: The effect on cognitive style of imposing delay after errors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 189-194.
- Ulloa, A., & Pinsoff, W. (1995). The effectiveness of family therapy for selected behavioral disorders of childhood. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 403-440.
- Van der Meere, J., Shalev, R., Borger, N., & Gross-Tsur, V. (1995). Sustained attention, activation and MPH in AD/SD: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 697-703.